

**PROGRAMA ALIMENTICIO PARA EL CUIDADO DE NIÑOS Y ADULTOS
DECLARACIÓN DEL TAMAÑO E INGRESOS DE LA FAMILIA (COMPONENTE DE ATENCIÓN AL NIÑO) (FFY 2015, Rev. 7/14)**

Fecha de Recepción por el Centro

Un miembro adulto de la familia debe completar y regresar al centro.

Nombre(s) y Apellido(s) de el/los Niño(s) Inscrito(s)	Centro
---	--------

PARTE 1: BENEFICIOS

Si algún miembro de su familia recibe actualmente ayudas de FoodShare Wisconsin, Beneficios en Efectivo de Wisconsin Works, o el Programa de Distribución de Alimentos para Reservas Indígenas (FDPIR, por sus siglas en inglés), **marque el cuadro del beneficio recibido actualmente y escriba el número del caso. Complete la PARTE 3 y devuélvalo a la oficina del centro. No complete la PARTE 2. Si nadie recibe estos beneficios, pase a la PARTE 2.**

- FoodShare Wisconsin (# de 10 o 16 dígitos)
 Beneficios en Efectivo de Wisconsin Works (# de 10 dígitos)
 FDPIR (# de 9 dígitos)

Número de Caso/Número de Tarjeta Quest: _____

PARTE 2: TOTAL TAMAÑO DE LA FAMILIA E INGRESOS

- Mencione a todos los miembros de la familia, incluyéndose usted mismo y a todos los niños.
- Mencione todos los ingresos brutos (antes de deducciones o impuestos, seguro social, etc.) enfrente del nombre de la persona que lo recibe. (Los miembros de la familia que sean trabajadores independientes deben reportar ingresos netos). Marque la casilla para la frecuencia con que se recibe. Registre cada ingreso una sola vez.

Si mencionó un número de caso en la Parte 1, no debe proporcionar información de ingresos.

1) Nombre Completo	Marque si es hijo adoptivo temporal	2) Ingresos brutos y con qué frecuencia se reciben												Marque si no tiene ingresos				
		Ingresos del trabajo antes de deducciones	Semanalmente	Cada 2 semanas	Mensualmente	Anualmente	Pagos de bienestar social, Manutención de hijos, o Pensión alimenticia	Semanalmente	Cada 2 semanas	Mensualmente	Anualmente	Pensiones, Retiro, Seguro Social, SSI, Beneficios para Veteranos	Semanalmente	Cada 2 semanas	Mensualmente	Anualmente	Todos los demás ingresos recibidos el mes pasado (indicar la frecuencia)	
(Ejemplo) Jane Smith	1	\$200.00	☒	☐	☐	☐	\$150.00	☐	☒	☐	☐	\$100.00	☐	☐	☐	☒	\$200.00 / Anualmente	☐
	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐		☐	☐	☐	☐	\$ /	☐
	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐		☐	☐	☐	☐	\$ /	☐
	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐		☐	☐	☐	☐	\$ /	☐
	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐		☐	☐	☐	☐	\$ /	☐
	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐		☐	☐	☐	☐	\$ /	☐

PARTE 3: TODAS LAS FAMILIAS

Recolección de datos de origen étnico y raza – Completarla es opcional

De acuerdo con la ley federal, este centro debe hacer las siguientes dos preguntas sobre origen étnico y raza. Sus respuestas son estrictamente para reportes estadísticos y no tendrán efecto sobre la determinación de elegibilidad para beneficios. **Por favor, responda las dos preguntas.**

¿EL/LOS PARTICIPANTE(S) INSCRITO(S) ES/SON HISPANO(S) O LATINO(S)? Sí, Hispano o Latino No, ni Hispano ni Latino

SELECCIONE UNA O MÁS DE LAS SIGUIENTES CATEGORÍAS QUE SE APLICAN A EL/LOS PARTICIPANTE(S) INSCRITO(S):

- Nativo Americano o Nativo de Alaska
 Negro o Afroamericano
 Blanco
 Asiático
 Nativo de Hawái u Otras Islas del Pacífico

FIRMA DEL ADULTO MIEMBRO DE LA FAMILIA Y ÚLTIMOS CUATRO DÍGITOS DEL NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (SS#)

Si se completa la Parte 2, el adulto que firme el formulario debe mencionar los últimos cuatro dígitos de su Seguro Social o marcar "Ninguno" si no tiene SS#.

CERTIFICADO: Que la anterior información es cierta y correcta y que todos los ingresos fueron reportados. Entiendo que esta información se suministra para recibir fondos federales, que los funcionarios de la agencia pueden verificar la información en este formulario, y el hecho de suministrar información falsa de manera deliberada puede llevar a procesos legales de acuerdo a las leyes federales y estatales que sean aplicables.

Firma del Adulto Miembro de la Familia	Fecha de la Firma Mes/Día/Año	Últimos 4 dígitos del SS# (o marque "Ninguno" si no tiene SS#)
		***_**_ _____ <input type="checkbox"/> Ninguno

PARA USO ÚNICO DEL CENTRO – Todas las 3 secciones y la Fecha de Vigencia deben completarse

<p>1) Bases para determinar la elegibilidad</p> <p>Tamaño de la familia _____</p> <p><input type="checkbox"/> Ingresos Totales \$ _____ / _____</p> <p> <input type="checkbox"/> FoodShare WI <input type="radio"/> Beneficios en Efectivo W-2 <input type="checkbox"/> FDPIR <input type="checkbox"/> Hijo(s) adoptivo(s) temporal(es) </p>	<p>2) Determinación de elegibilidad</p> <p> <input type="checkbox"/> Gratis <input type="checkbox"/> Reducida <input type="checkbox"/> No tiene necesidad </p>	<p>3) Iniciales del oficial que hace la determinación y fecha de aprobación</p> <p>_____</p> <p>Fecha de vigencia de la determinación</p> <p>_____</p>
--	---	--

Utilice los siguientes factores de conversión para determinar los ingresos anuales solo si se reportan múltiples frecuencias de pago: Ingresos Semanales x 52 = Ingresos Anuales. Cada 2 semanas de ingresos x 26 = Ingresos Anuales. Ingresos recibidos dos veces al mes x 24 = Ingresos Anuales. Ingresos Mensuales x 12 = Ingresos Anuales.

Este formulario vence un año después de la fecha de vigencia elegida por la agencia, tal como se indica en su solicitud en línea para el CACFP.